

Inget kliniskt stöd för påståendet att asylsökande barn blivit nerdrogade

Det finns inga apatiska flyktingbarn, de har blivit nerdrogade av sina föräldrar, har Tomas Eriksson, chefsöverläkare inom akutpsykiatri i Malmö, hävdad i massmedierna. Vår kliniska erfarenhet av 68 asylsökande familjer samt 13 slutenvårdspatienter ger inte stöd för påståendet.

I SVT Debatt den 6 december 2005 och i Sydnytt dagen därpå hävdade Tomas Eriksson, chefsöverläkare inom akutpsykiatri i Malmö, att det inte fanns några apatiska flyktingbarn, utan att barnen blivit nerdrogade av sina föräldrar för att familjen skulle få stanna i Sverige. Tomas Eriksson menade att detta var ett svenskt fenomen och berättade att han i Västra Götaland undersökt ett tiotal barn där föräldrarna avsiktligt medicinerat sina barn med psykofarmaka, bl a med Haldol. Familjerna kom från forna Sovjet och forna Jugoslavien. I åtminstone tre fall hade barnen tillfrisknat sedan medicinen seponerats. I Sydsvenskan förde Tomas Eriksson ett likartat resonemang [1, 2].

En del av de barn som 1944 anlände till Sverige med de vita bussarna visade tecken på uppgivenhet. Några av barnen



BJÖRN AXEL JOHANSSON
överläkare, specialist i barn- och ungdomspsykiatri
bjorn_axel.johansson@med.lu.se



JUDIT LJUNGBERG-MIKLOS
överläkare, specialist i barn- och ungdomspsykiatri



ANNELI PARNEGÅRD
chefsöverläkare, specialist i barn- och ungdomspsykiatri; samtliga vid barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, Universitetssjukhuset MAS Malmö

togs in på sjukhus under preliminärdiagnosen hysterisk förlamning [3]. Uppgivenhetssyndrom (pervasive refusal syndrome) hos barn och ungdomar beskrevs av Lask och medarbetare 1991 [4]. Tillståndet karakteriseras av bl a matvägran, viktneigång, social tillbakadragenhet samt motstånd till kontakt, mobilisering och egenvård [5]. Diagnoskriterier enligt Lask [6] grundar sig huvudsakligen på fallrapporter [5]. Syndromet har inte endast observerats i Europa utan även i Nordamerika och Australien [6].

Förhållandena i Sverige diskuteras i Socialstyrelsens rapport från en experthearing 2005 [3]. I ett dokument från Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri 2005 framkommer att ca 400 barn med uppgivenhetssyndrom behandlats inom barn- och ungdomspsykiatri i Sverige [7]. Bodegård [8, 9], Joelsson och Dahlin [10] har ingående beskrivit barn med uppgivenhetssyndrom behandlade i Stockholm respektive Boden/Luleå.

Genesen är oklar men olika former av övergrepp, objektförkluster, inlärd hjälplöshet och migration har nämnts [6]. Asylprocessen kan påverka förloppet negativt [10]. Differentialdiagnostiken är svår eftersom syndromet inte sällan innefattar bl a depressivitet, ångest och ett anorektiskt beteende [6, 8-10].

Uppgivenhetssyndrom saknar en egen entitet i DSM- och ICD-systemen. Vanliga ICD-10-diagnoser för dessa barn är oro/ängslan, depression, apati och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) [10].

Vid vår öppenvårdsmottagning i Rosengård har vi 2003-2005 handlagt 68 asylsökande familjer med barn som ibland visade tecken på uppgivenhet. Barnen och familjerna behandlades med stödjande terapi, ibland inom ramen för vår dagverksamhet. Några av barnen medicinerades med ett SSRI-preparat. Behandling med neuroleptika förekom inte.

En del av barnen blev efter hand allt mer passiva och avvisande till behandlingsinsatserna. Suicidala beteenden förekom. Genom att mobilisera familjens nätverk kunde vi i de flesta fall stop-

pa utvecklingen av ett hotande apatiskt tillstånd. De svårast sjuka barnen hade det gemensamt att deras föräldrar försvunnit in i sitt eget lidande. Ett av barnen lades in för fortsatt behandling i slutenvård. Eventuellt hade detta kunnat förhindras om vi haft möjlighet att förbättra samarbetet med hemsjukvård och vuxenpsykiatri ytterligare.

Under samma period har vi i slutenvård behandlat 13 barn (nio flickor och fyra pojkar) med uppgivenhetssyndrom. Samtliga patienter uppfyllde flertalet diagnoskriterier enligt Lask [6]. Fem patienter kom från länder från forna Sovjetunionen, fyra från före detta Jugoslavien, två patienter kom från Turkiet (turkiska Kurdistan), en patient kom från Algeriet och en patient kom från Albanien. Samtliga patienter utom en var asylsökande med svåra psykologiska trauman i anamnesen. Sex av patienterna kom på remiss från annan BUP-mottagning i Skåne. Ingen av patienterna var vid inskrivningen behandlad med neuroleptika eller annan sederande farmaka. Barnens ålder vid inläggningen var i genomsnitt 13 år. Vårdtiden varierade mellan 1 och 23 veckor, med en genomsnittlig vårdtid på 10 veckor. Inte i något av de 13 fallen fattade vi misstankar om att barnens föräldrar försätligen medicinerat sina barn. 6/13 patienter erhöll diagnosen PTSD alternativt reaktion på svår stress, 5/13 fick diagnosen depression, en patient erhöll både diagnosen PTSD och depression, och en patient fick diagnosen avvikande känsloläge.

Barnens uppgivenhetssyndrom hade utvecklats och fördjupats under flera månaders tid. Bland de svårast sjuka barnen hade några uppvisat symtom före ankomsten till Sverige. I de fall där en längre slutenvårdsperiod krävdes hade föräldrarna själva blivit traumatiserade och var så låsta i sin egen kris att de inte kunde utgöra ett tillräckligt stöd för sina barn.

Inte i något av fallen såg vi, såsom Tomas Eriksson beskrivit, ett snabbt tillfrisknande efter inläggningen [1, 2]. Från ett apatiskt tillstånd med sångläge och ibland näringstillförsel genom sond (två patienter) kunde barnen långsamt mobiliseras och sonden avvecklas. Detta

successiva tillfrisknande har tidigare beskrivits i ett svenskt material [8].

Behandlingen tog tid och framför allt initialt krävdes stor varsamhet. Samtidigt erfordrades en hög intensitet i behandlingsarbetet för att komma förbi barnets avskärmning och till en början avvisande hållning. De flesta barnen behandlades under någon period med ett SSRI-preparat, dock utan övertygande effekt. Två patienter medicinerades även en kort tid med neuroleptika. En patient behandlades med ett SSRI-preparat tillsammans med betablockad.

Tomas Erikssons uttalanden i medierna var olyckliga eftersom allmänheten lätt kan tro att uppgivenhetssyndrom orsakas av föräldrar som medvetet förgiftar sina barn för att påverka asylprocessen. Vår kliniska erfarenhet ger inte stöd för detta.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:* Inga uppgivna.

REFERENSER

- Malmöläkare anser att apatiska barn drogats. Sydsvenskan 2005-12-07; E3-A06.
- Hedenbro M. Flyktingbarn förgiftas av tung psykosmedicin. Malmöläkaren Tomas Eriksson kritisk till att läkemedel skrivs ut. Sydsvenskan 2005-12-08; E1-A16, E2-A16, E3-A16.
- Lindberg T, Ascher H, Gustafsson LH, Jeppsson O, för Svenska barnläkarföreningens arbetsgrupp för flyktingbarn. De apatiska flyktingbarnen/barn med uppgivenhetssyndrom. Expertheating om barn med uppgivenhetssyndrom, Socialstyrelsen den 21 juni 2005.
- Lask B, Britten C, Kroll L, Magagna J, Tranter M. Children with pervasive refusal. Arch Dis Child 1991;66:866-9.
- Thompson S, Nunn K. The pervasive refusal syndrome: The Royal Alexandra Hospital for Children experience. Clinical Child Psychology and Psychiatry 1997;2:145-65.
- Lask B. Pervasive refusal syndrome. Adv Psychiatric Treatment 2004;10:153-9.
- Hägglöf B, Eidevall L. Angående expertheating om hälso- och sjukvårdens insatser för barn med uppgivenhetssyndrom. Stockholm: Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri; 2005.
- Bodegård G. Barn med svåra uppgivenhetssyndrom - apatiska barn med depressiv devitalisering. Bakgrund, diagnostisering, behandling, resultat av sjukvård och prognos. Psykisk hälsa 2005, nr 3: 28-40.
- Bodegård G. Pervasive loss of function in asylum-seeking children in Sweden. Acta Paediatr 2005; 94:1706-7.
- Joelsson L, Dahlin K. Asylprocessens grogrund för apati hos vissa barn. Negativt besked om uppehållstillstånd ofta utlösande faktor. Läkartidningen 2004;102:3646-50.

Replik:

Apatiska barn måste utredas medicinskt

En sammanvägning av de egendomligheter som förekommer kring de apatiska barnen väcker misstanken att tillståndet är resultatet av någon form av manipulation. Den mest sannolika formen i dessa fall torde vara läkemedelsförgiftning.

Sveriges barnläkare och barnpsykiatrer har i det närmaste samstämmigt förklarat att det tillstånd som föreligger hos de så kallade apatiska flyktingbarnen (även kallade barn med uppgivenhetssymtom) beror på den svåra psykiska stress som dessa barn utsatts för [1]. Denna uppfattning har framförts på ett så trosvisst sätt och så utan bärande argument att man snarast får intrycket att dessa läkare mera agerar som debattörer i asylfrågan än som medicinska experter. Med utgångspunkten att barnen och deras familjer är svårt utsatta (vilket de uppenbarligen är) och att det är inhumant att ifrågasätta utsatta personer (vilket kanske är en begriplig ståndpunkt) har de kategoriskt avvisat alternativa förklaringar till barnens beklagansvärda tillstånd.

Denna inställning har senast kommit till uttryck i en artikel av en grupp barnpsykiatrer i Malmö [2] som anför att det är »olyckligt« att jag i ett TV-program (TV 2: Debatt den 6 december 2005) framfört hypotesen att de »apatiska barnen« i själva verket skulle vara förgiftade. Det olyckliga skulle ligga i att »allmänheten lätt kan tro att uppgivenhetssyndrom orsakas av föräldrar som medvetet förgiftar sina barn för att påverka asylpro-

cessen«. Jag har svårt att se att detta skulle vara mera olyckligt än att landets barnläkare och barnpsykiatrer tycks vilja ge allmänheten en uppfattning att tillståndet betingas av psykogena faktorer snarare än att vilja utreda tillståndets faktiska natur.

Problemet är att man på vetenskapens nuvarande ståndpunkt inte vet vad tillståndet beror på. I malmögruppens inlägg [2], liksom i de inlägg som barnläkare och barnpsykiatrer tidigare gjort, framkommer över huvud taget ingenting som lämnar en rimlig förklaring till dessa barns tillstånd. Inga klarlägganden av tillståndets genes, etiologi och patofysiologi har kunnat lämnas och inga effektiva behandlingsmetoder har redovisats.

För att en förklaring till tillståndet skall ha någon trovärdighet måste den ta hänsyn till följande många egendomligheter som kännetecknar de så kallade apatiska barnen.

För det första är det egendomligt att prevalensen i Sverige ökat från noll till mer än fyrahundra på några få år. Även om man i litteraturen kan hitta enstaka fall med likartade symtom är det uppenbart att den explosionsartade spridningen måste betingas av någon tidigare ej känd faktor.

För det andra är det egendomligt att tillståndet nästan enbart drabbar barn i flyktingfamiljer där frågan om asyl ännu ej avgjorts eller avgjorts till familjens nackdel. Detta förhållande talar för att tillståndet är direkt kopplat till själva asylprocessen.

För det tredje är det egendomligt att endast flyktingbarn som lever tillsammans med sina föräldrar, men inte flyktingbarn som kommit ensamma till Sverige, har drabbats. Detta förhållande talar för att föräldrarnas närvaro är en förutsättning för tillståndets uppkomst.

För det fjärde är det egendomligt att de drabbade barnen i stort sett enbart kommer från stater i tidigare Sovjetunionen eller stater i tidigare Jugoslavien. Detta talar för att tillståndet på något sätt är kopplat till dessa stater.



TOMAS ERIKSSON

specialist i allmän psykiatri, docent i farmakologi Universitetssjukhuset MAS, Malmö
Tomas.Eriksson@med.lu.se

För det femte är det egendomligt att tillståndet, om det skulle betingas av psykisk stress, inte drabbar barn som utsatts för andra former av sådan stress än just de påfrestningar som en asylprocess kan innebära.

En sammanvägning av dessa egendomar väcker misstanken att tillståndet är resultatet av någon form av manipulation, syftande till att öka möjligheterna för att få uppehållstillstånd.

Den mest sannolika formen av manipulation i dessa fall torde vara läkemedelsförgiftning. För denna hypotes talar det förhållandet att många av de aktuella barnen är för unga för att man skall kunna få dem att spela med i någon annan form av regisserad manipulation. Till yttermera visso företer många av dessa barn just sådana symtom som vanligen ses hos personer som intagit överdoser av läkemedel.

I en redovisning av hälsotillståndet hos de barn som rapporterats lida av uppgivenhetssymtom [3] framgår att de i icke obetydlig omfattning a) saknar kommunikationsförmåga, b) saknar förmåga att ta hand om sig själva med eneures och enkopres som en förekommande del av denna oförmåga, c) saknar förmåga att röra sig, d) behöver sondmatas och e) är helt avskärmade från omvärlden. Detta innebär att många av dessa barn de facto är medvetlösa snarare än apatiska.

Det normala är att personer som är medvetlösa vårdas på sjukhus och att ingen möda sparas för att komma till klarhet med vad som orsakat medvetlösheten. De läkare som har det medicinska ansvaret för dessa barn springer ifrån sitt ansvar när man inte ser till att de blir föremål för en allsidig medicinsk utredning. Om man underlåter att genomföra sådana utredningsåtgärder kan man inte gå fri från misstanken att man faktiskt spelar med i den asylsökande familjens manipulativa beteende.

Det finns många läkemedel som kan ge upphov till den typ av symtom som ses hos dessa barn. I ovan nämnda rapport [3] framgår att en icke obetydlig andel av dessa barn behandlas med anti-depressiva läkemedel, lugnande medel, sömnmedel och, häpnadsveckande nog, även med neuroleptika. Det behövs inte särskilt stor överdosering av sådana medel för att framkalla just de symtom som här är aktuella.

En annan läkemedelsgrupp som bör beaktas i detta sammanhang är sk bromider. Detta är läkemedel med lugnan-

de egenskaper som använts i betydande omfattning sedan mitten på 1800-talet. I flertalet västeuropeiska länder, däribland Sverige, används de inte längre på grund av sina toxiska egenskaper. I stater inom forna Sovjetunionen och i stater på Balkan används de dock fortfarande. I många av dessa länder kan de köpas receptfritt under namn som t ex Dibro-Be mono®.

Intressant nog är de symtom som rapporterats vid överdosering av bromider just de som uppvisas av de förment »apatiska« barnen. Ett annat intressant faktum är att dessa medel har en halveringstid på så mycket som tolv dagar; detta innebär att symtomen kan kvarstå

under mycket lång tid efter senast intagna dos.

REFERENSER

1. Lindberg T, Ascher H, Gustafsson L H, Jeppsson O. De apatiska flyktingbarnen/barn med uppgivenhetssyndrom. Experthearing om barn med uppgivenhetssyndrom. Svenska barnläkarförbundets arbetsgrupp för flyktingbarn. Socialstyrelsen 2005.
2. Johansson BA, Ljungberg-Miklos J, Parnegård, A: Inget kliniskt stöd för påståendet att asylsökande barn blivit nerdrogade. Läkartidningen 2006;855-6.
3. Den nationella samordnaren för barn i asylprocessen med uppgivenhetssymtom: Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom - Kunskapsöversikt och kartläggning. 2005; Rapport 2005:2.

Den »innovativa« läkemedelsindustrin

Jag kan inte låta bli att lägga mig i diskussionen om kostnaden för nya läkemedel, forskningen i läkemedelsindustrin och påståendet att användning av generiska preparat skulle minska dess möjligheter till att skapa nya läkemedel. Uträkningen av kostnad för innovativa läkemedel är alltid teoretisk, eftersom den tar hänsyn till kostnad för alla misslyckade projekt. Den verkliga kostnaden blir alltid beroende på hur lyckosamma forskarna är, och eftersom jag liksom Lafolie och Jeppson är överens om att företagen inte längre åstadkommer lika många nya läkemedel som tidigare blir de som åstadkommes mer kostsamma.

Lafolies uttalande om den tyska industrins problem går helt vid sidan av vad som är de verkliga problemen. Se i stället på AstraZeneca som exempel. Företaget har inte på många år presenterat något verkligt nytt läkemedel, trots en forskningsbudget på många tiotals miljarder kronor om året. Inte heller har de andra stora företagen varit mer lyckosamma trots stora forskningsbudgetar.

Vad gäller generika innebär reglerna för patent att företagen får sätta priset under den långa patentperioden. Det förutsättes att de tjänar in forskningskostnaderna under denna tid, varefter det skall vara fritt fram för generisk konkurrens.

Omeprazol, som var en verklig innovation, tog lång tid att forska fram och kostade följaktligen i sig ovanligt mycket. Enbart det preparatet torde med råge ha fått kostnaderna för framtagandet betalda under patenttiden. Dessutom torde omeprazol betalat alla misslyckade projekt samt enorma ersättningar

till VD, styrelse och ledning. Att tro att AstraZenecas forskning skulle bli mer innovativ om man fick sälja omeprazol till höga priser under lång tid är naivt.

Läkemedelsindustrins problem i dag är inte konkurrens med generika. Det är bristen på forskningsuppslag och forskare med verklig innovativ förmåga. Pengar betyder visserligen inte allt, men hur förhåller sig forskningschefernas inkomster till marknadsförarens? Hur mycket tjänade Ivan Östholm (som stod bakom forskningsinsatsen) på omeprazol och hur mycket Håkan Mogren (som kom till dukat bord som VD och sålde produkten)? Hur rekryteras forskare till företagen och vilken ställning har de i förhållande till säljarna? Hur organiseras forskningen för att stimulera en innovativ miljö?

Vad jag förstår har stordrift och byråkratisering kommit att ersätta brainstorming i fria forskningsgrupper och kontroll av reseräkningar det fria umgänget mellan specialbegävningar.

Det gäller för de stora företagen snarare att se över sina forskningsorganisationer än att klaga på generisk konkurrens.

Lars Werkö
professor Stockholm

REFERENSER

- Jeppson A. Industrin överdriver kostnaderna för utveckling av nya läkemedel. Läkartidningen 2006; 103:663-4.
- LaFolie P Det finns inga alternativa vägar till innovativa läkemedel Läkartidningen 2006;103:664.
- Intressekonflikt: Tidigare forskningschef och vice koncernchef, Astra AB, ordförande i Läkemedelsindustriföreningen, ledamot av council, IFPMA och EFPIA.